

Tartu Ülikool
Psühholoogia instituut

Anneli Veeret

KOMPLEKSTRAUMALE VIITAVAD SÜMPTOMID LAPSEEAS TRAUMEERIVAI
KOGEMUSI LÄBI ELANUD TÄISKASVANUTEL

Magistritöö

Juhendaja: Kaia Kastepõld-Tõrs, MSc

Läbiv pealkiri: Komplekstrauma sümptomid traumakogemustega täiskasvanutel

Tartu, 2015

SISUKORD

KOKKUVÕTE	3
ABSTRACT	3
SISSEJUHATUS	4
VÄÄRKOHTLEMINE LAPSEEAS	5
POSTTRAUMAATILINE STRESSHÄIRE JA KOMPLEKS-POSTTRAUMAATILINE STRESSHÄIRE	6
EMOTSIOONI DÜSREGULATSIOON	7
ENESEKONTSEPTSIOON	8
INIMESTEVAHELISED SUHTED	9
KOMPLEKSTRAUMA HINDAMINE	9
MAGISTRITÖÖ EESMÄRK	11
MEETOD	12
VALIM	12
UURIMISPROTSEDUUR	12
MÕÕTEVAHENDID	13
<i>Traumeerivad kogemused</i>	<i>13</i>
<i>Posttraumaatilise stresshäire sümptomid</i>	<i>14</i>
<i>Emotsioonide düsregulatsioon</i>	<i>14</i>
<i>Enesekontseptsioon</i>	<i>15</i>
<i>Interpersonaalsed probleemid</i>	<i>15</i>
TULEMUSED	15
ARUTELU	20
VIITED	24

KOKKUVÕTE

Käesoleva magistritöö eesmärgiks oli uurida lapseea traumakogemuste mõju trauma üleelanutele täiskasvanueas, täpsemalt, kas ja mil määral esineb posttraumaatilise stresshäire sümptomeid, madalat enesehinnangut, emotsioonide düsregulatsiooni ja interpersonaalseid probleeme. Töö teiseks eesmärgiks oli kohandada eesti keelde traumeerivaid kogemusi hindav mõõtevahend Traumakogemuste nimekiri TEC. Kliiniline valim (N=52) moodustus täisealistest (keskmine vanus 40,4 aastat), valdavalt naissoost isikutest (83%), kes täitsid viis enesekohast küsimustikku: Traumakogemuste nimekiri TEC, Posttraumaatilise stresshäire sümptomite nimekiri PCL-C, Emotsioonide regulatsiooni raskuste skaala DERS, Rosenbergi Enesehinnangu Skaala RSES ja Interpersonaalsete probleemide küsimustik IIP-32. Leiti, et lapseea traumakogemustega indiviididel esines kõrgemaid PTSH sümptomite skoori, madalamat enesehinnangutaset, rohkem inimestevahelisi probleeme ja suuremaid emotsiooni regulatsiooni raskusi. Tulemustest nähtub, et lapseeas traumeerivaid olukordi läbielanutel võib täiskasvanueas täheldada komplekstraumale viitavate tunnuste (sh PTSH sümptomid, emotsiooni düsregulatsioon, madal enesehinnangutase ja interpersonaalsed häired) esinemist.

ABSTRACT

Symptoms referring to complex trauma in adults with childhood traumatic experiences

The objective of this master's thesis was to study the impact of the experiences of childhood trauma in adulthood, more specifically, whether, and to what extent there are symptoms of posttraumatic stress disorder, low self-esteem, emotional dysregulation, and interpersonal problems. Another objective was to adapt into Estonian Trauma Experiences Checklist TEC. The clinical sample (N=52) was formed from adults (M=40.4 years), predominantly females (83%) who completed five self-assessment questionnaires: Trauma Experiences Checklist TEC, The Posttraumatic Stress Disorder Checklist PCL, Difficulties in Emotion Regulation Scale DERS, The Rosenberg Self-Esteem Scale RSES and Inventory of Interpersonal Problems IIP-32. The results revealed that individuals with childhood traumatic experiences have higher posttraumatic stress disorder symptoms scores, the lower level of self-esteem, more interpersonal problems and more emotion regulation difficulties. The findings suggest that individuals who experienced traumas in childhood seem to have symptoms of complex trauma in adulthood (including symptoms of posttraumatic stress disorder, emotion dysregulation, low levels of self-esteem and interpersonal disturbances).

SISSEJUHATUS

Komplekstrauma mõiste võttis esimesena kasutusele Judith Herman (1992) ning muude raskete stressreaktsioonide diagnoosi kontekstis hakati järjest enam rääkima varasemate pikaajaliste ja korduvate traumade jätkuvatest mõjudest trauma üleelanutele. Komplekstraumad on leidnud rohket käsitlemist seoses laste ja noorukite stressiga, millele viimastel aastatel on lisandunud üha kasvav huvi täiskasvanute kompleks-trauma temaatika vastu, päädides ettepanekutega uue diagnoosi, kompleks-posttraumaatiline stresshäire, kasutuselevõtuks.

Rahvuslik laste traumaatilise stressi võrgustik (NCTSN; *National Child Traumatic Stress Network*) defineerib kompleks-traumat laste kahjustusena mitmete traumeerivate sündmuste poolt, millel on laiaulatuslik ja pikaajaline mõju emotsionaalsetele, käitumuslikele, sotsiaalsetele ja kognitiivsetele aspektidele, samuti enesekindlusele ja stressiga toimetuleku võimele. Täpsemalt on NCTSNi hinnangul kompleks-traumadega lastele sageli iseloomulik kõrge valvsus, mis teeb raskeks keskendumise, tähelepanu hoidmise, meenutamise, meeldejätmise, info organiseerimise ja töötlemise, planeerimise ning probleemilahenduse. Komplekstrauma kogemused algavad tavaliselt lapse- või noorukieas, on toime pandud hooldajate või teiste täiskasvanute poolt, kellelt oodatakse ohutu, ennustatava ja turvalise keskkonna pakkumist, sisaldavad väärkohtlemise korduvaidsid intsidente pikema ajaperioodi jooksul ning toovad selle üle elanute ellu lõhestatust ja usaldamatust (Lawson jt, 2013).

Varasemalt psühhotraumeerivaid olukordi kogenud indiviididel kaldub järgneva elu jooksul esinema mitmesuguseid raskusi, millest sagedamini nimetatakse suhetega seotud probleeme. Uurimused (Messing jt, 2012; Gobin, 2012; Tummala-Narra jt, 2012) on näidanud, et lapseas kogetud traumamineviku korral esineb suurenenud riski kogeda interpersonaalset traumat täiskasvanueas, esineb raskusi usalduslike ja turvaliste suhete loomisega, suhtlemisega kaldub sageli kaasnema ärevus, pingetunne ja frustratsioon, tuntakse ennast haavatavatena, esineb raskusi suhetega seotud stressi käsitlemisega ning oma vajadustega arvestamise ja empaatiaga teiste inimeste suhtes. Minevikus interpersonaalseid traumasid kogenud naistel on leitud posttraumaatilise stresshäire (PTSH) komorbiidsust depressiooni (lapsea seksuaalse väärkohtlemise korral), afekti düsregulatsiooni (lapsea füüsilise või emotsionaalse väärkohtlemise korral), somatisatsiooni (täiskasvanuea väärkohtlemise korral) ja generaliseeritud ärevushäirega (adopteerimise korral) (Seng jt, 2014). Ehkki kompleks-trauma kogemused võivad aset leida igas vanuses, omab see suurimat mõju just lapseas (Lawson jt, 2013; Cloitre jt, 2009).

Rahvusvaheline traumaatilise stressi uuringute ühingu (ISTSS; *The International Society for Traumatic Stress Studies*) komplekstrauma huvigrupp on seadnud lähiaja sihiks arendada välja kroonilise ja sügava interpersonaalse trauma ravi, rõhutades, et komplekstrauma fookus peab olema kindlasti suunatud nii tugeva stressi minevikule kui ka käesolevale kontekstile ning hõlmama süsteemseid kultuurilisi tegureid.

Väärkohtlemine lapseas

Maailma Terviseorganisatsioon WHO defineerib laste väärkohtlemist kui füüsilist, emotsionaalset ja seksuaalset väärkohtlemist, hooletussejätmist ja hooletut kohtlemist ning ärakasutamist, mis lõpeb tegeliku või võimaliku kahjuga laste tervisele, arengule või eneseväärikusele. Mõnevõrra raskemini piiritletav võib olla emotsionaalse väärkohtlemine mõiste, kuna üldjoontes sama nähtuse kirjeldamiseks on kasutatud erinevaid nimetusi (sh psühholoogiline väärkohtlemine, psühholoogiline hooletussejätmine, emotsionaalne väärkohtlemine, emotsionaalne hooletussejätmine). English jt (2015) ütlevad, et eelistatud on kas emotsionaalse või psühholoogilise väärkohtlemise mõiste kasutamine ning lisavad, et emotsionaalse väärkohtlemise defineerimisel on räägitud lapse suhtes emotsionaalse turvalisuse ja enesetunnetuse õõnestamisest, psühholoogiliste survemeetmete ja võimu kasutamisest süütunde tekitamisel, korduvatest käitumismustritest, mis annavad lastele edasi sõnumi, et nad on väärtusetud, mittearmastatud ja väärt vaid siis, kui täidavad teise inimese vajadusi, samuti füüsilise vägivallaga ähvardamisest, ülemäärase kriitika kasutamisest, mustamisest, terroriseerimisest, korduvatest solvavatest süüdistustest või ähvardustest. Eelnimetatud autorid koondavad emotsionaalse väärkohtlemise kirjelduse nelja kategooria alla: (a) psühholoogiliselt ohutu ja turvalise toetuse pakkumise puudumine, (b) aktsepteerimise ja enesehinnangu toetamise puudumine, (c) eakohase autonoomia pakkumise puudumine ja (d) rohkete piirangute kasutamine.

Varasemate uurimuste põhjal on hästi teada, et laste väärkohtlemine omab selle üleelanutele märkimisväärsed tagajärgi läbi kogu elu (Goldstein jt, 2011; Klanecky jt, 2012; Najavits & Walsh, 2012; Evren jt, 2013; Schäfer jt, 2010). Lapsepõlves aset leidnud väärkohtlemine on leitud olevat seotud suurenenud riskiga internaliseeritud probleemideks (nt ärevus, depressioon), eksternaliseeritud probleemideks (nt agressiivne käitumine) ja emotsioonide düsregulatsiooniks (Thompson jt, 2014). Samuti on leitud seoseid hilisema suitsidaalse mõtlemise ja käitumise riskiga (Dunn jt, 2013; Pompili jt, 2014; Evren jt, 2013), kõrgema reaktiivsusega stressitekitavatele elusündmustele (Shapero jt, 2014) ning alkoholi

või teiste uimastite sõltuvusega (Tucci jt, 2010). Lisaks võib tugev ja krooniline trauma viia sellise vaimse kaitsemehhanismi nagu dissotsiatsioon tekkimiseni (Ghafarinezhad jt, 2013; Najavits & Walsh, 2012; Schäfer jt, 2010; Evren jt, 2009), mis võimaldab eralduda olemasolevast reaalsusest ning vältida seeläbi traumaga seotud ebameeldivaid mõtteid ja tundeid (Horton jt, 2009). Et viimatinimetatud kaitsemehhanism polegi nii harv nähtus, annab tunnistust see, et DSM-5 (APA, 2013) on lisanud PTSH kirjeldusele dissotsiatiivse alatüübi koos esileküündivate dissotsiatiivsete sümptomitega (oma vaimust või kehast eraldatusetunne, kus maailm paistab ebatõeline, unenäoline või moonutatud). Seega, laste väärkohtlemiskogemused kalduvad jätma ohvritele jälgi, mille mõju näib toovad endaga kaasa tõsiseid tagajärgi.

Posttraumaatiline stresshäire ja kompleks-posttraumaatiline stresshäire

Laste väärkohtlemine võib viia posttraumaatiliste stressisümptomite tekkeni, mis võib omakorda olla vahelüliks väärkohtlemise ja sõltuvusainete tarvitamise vahel, et vähendada ärevust, ülivahvust ja ülivirgust, aidata emotsionaalse tuimenemise kaudu vältida traumamälestusi (st sümptomite taaskogemist) ning tulla toime traumaga seotud viha-, häbi- ja ohutundega (tundega, et inimesed on ohtlikud ja ebausaldusväärsed) (Goldstein jt, 2011). Paraku jätkatakse heitlemist oma sisemise hirmutundega ja tundega, et maailm on ohtlik paik isegi siis, kui eaturvalistes oludes enam ei olda (Tummala-Narra jt, 2012). Traumaohvritele omast püsivat vahvust ja rahutust selgitab hästi „põgenemisaspekt“, mille DSM-5 (APA, 2013) on lisanud PTSH sümptomitele ja mille kohaselt võib krooniline hirmuseisund tajutud ohu korral lõppeda hüpervirgusel põhineva reageerimismustriga. Eelöeldu sarnaneb võitle- või-põgene reaktsiooniga, mille korral valmistutakse füsioloogiliselt, emotsionaalselt ja kognitiivselt olukorrale väljakutset esitama või põgenema (Thompson jt, 2014).

ISTSS, mis on välja töötanud uued PTSH ravijuhised, kuna ühingu hinnangul ei hõlmanud senine PTSH raamistik pikaajalist ja korduvat traumat kogenud indiviidide esileulatuvaid sümptomeid ja probleeme, on oma ravijuhistes soovitanud võtta kasutusele kompleks-PTSH diagnoosi. Muudatused tulenesid vajadusest mõista paremini selliste indiviidide raskusi, kes on kannatanud korduvate interpersonaalsete (nt perevähivald) traumade all. Kompleks-PTSH sümptomite profiil sisaldaks ISTSSi ettepanekul siis emotsionaalsete, sotsiaalsete, kognitiivsete ja psühholoogiliste kompetentside kadu, millel ei ole õnnestunud korralikult välja areneda või mis on halvenenud pikaajalise komplekstrauma esinemise tõttu. Kompleks-PTSH diagnoosi kasutuselevõtu otstarbekust on kinnitanud ka

mitmed uurimistööd (Cloitre jt, 2013; Knefel & Lueger-Schuster, 2013; Elklit jt, 2014). On leitud, et seksuaaltrauma ohvritest avaldab kompleks-PTSH sümptomeid 20,7%, PTSH areneb välja 43,2% seksuaaltrauma ja 33,6% füüsilise väärkohtlemise ohvritest ning 25,2% vanemad kaotanud lastest (Elklit jt, 2014). Eelnimetatud autorite väitel näitavad kompleks-PTSHga invidiidid kõrget funktsionaalse kahjustuse taset nii depressiooni, ärevuse, dissotsiatsiooni, unehäirete, somatisatsiooni, interpersonaalse tundlikkuse kui ka agressiooni vallas.

DSM-5 (APA, 2013) on paigutanud PTSH ärevushäirete alt ümber trauma ja stressoritega seotud häirete alla, moodustamata eraldi kompleks-PTSH diagnoosi, kuna leiti, et uurijate ja praktikute seas puudub konsensus definitsiooni osas, puuduvad usaldusväärsed ja valiidsed mõõdikud ning pole sugugi kindel, kas kompleks-PTSH kujutab endast eraldi konstrukti või on pigem tegemist PTSH tugevama vormiga (Knefel & Lueger-Schuster, 2013). Psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsiooni RHK-11 töögrupp on aga olnud teist meelt ja nii on RHK 11 versiooni valmimisel oodata muudatusi stressiga seotud häirete osas. Cloitre jt (2013) selgituse kohaselt nõuab kavandatav kompleks-PTSH diagnoos PTSH sümptomitele lisaks kolme lisatunnust, mis peegeldavad mõju, mida trauma võib omada eneseregulatsioonisüsteemile, eriti probleemidele afektiivses, enesekontseptsiooni ja suhete valdkonnas. Eelnimetatud autorite kohaselt jagunevad traumaatilised stresshäired siis kaheks: (1) PTSH (hõlmates taaskogemist, vältimist ja püsivat ohutunnet) ning (2) kompleks-PTSH (hõlmates lisaks eeltoetule ka afekti düsregulatsiooni, negatiivset enesekontseptsiooni ja interpersonaalseid häireid). Kui kolmest esimesest sümptomist tulenevad hirmureaktsioonid on seotud otseselt traumastiimulitega, siis kompleks-PTSH kolm viimast sümptomite rühma on pervasiivsed ning ilmnevad mitmetes erinevates kontekstides ja suhetes (Cloitre jt, 2013).

Emotsiooni düsregulatsioon

Emotsiooni düsregulatsioon on leitud olevat kõige tugevam PTSH ennustaja seksuaalse väärkohtlemise mineviku korral (Ullman jt, 2014). Emotsiooni düsregulatsioon hõlmab kõrgeenenud emotsionaalset reaktiivsust, vägivaldseid plahvatusi, hoolimatust või ennastkahjustavat käitumist, kalduvust kogeda stressi all olles pikemaajalisi dissotsiatiivseid seisundeid, emotsionaalset tuimenemist ja võimetust kogeda meeldivaid ning positiivseid emotsioone (Cloitre jt, 2013). On leitud, et emotsioonide düsregulatsioon vahendab trauma ja impulsiivse agressiooni (Miles jt, 2015), impulsiivsuse ning depressiivse meeleolu (Ceschi jt, 2014), aga ka PTSH ja dissotsiatiivsete sümptomite (Powers jt, 2015) ning PTSH,

depressiooni ja plahvatusliku viha (Nickerson jt, 2015) vahelist suhet. Samas võib arvata, et mitte kõikidel traumaohvritel ei esine raskusi oma emotsioonide regulatsiooniga, kuna toiminule antavat hinnangut nagu ka suutlikkust olukorraga toime tulla võivad mõjutada mitmed tegurid. Ühest küljest kogemused, mis enamus inimestele ei ole traumeerivad, võivad teiste jaoks küllaltki traumeerivad olla (Nijenhuis jt, 2002). Teisest küljest varane emotsioonide regulatsiooni ravi, emotsioonide mõistmine, aktsepteerimine ja adaptiivsete regulatsioonistrateegiate arendamine võib vähendada agressiivset käitumist ja tugevdada mitteagressiivset, probleemilahenduslikku lähenemist (Miles jt, 2015; Powers jt, 2014). Kuna emotsioonide regulatsioon on leitud olevat oluliseks oskuseks depressiivsest sümptomaatikast paranemisel (Fehlinger jt, 2013), näib olevat otstarbekas sellele valdkonnale indiviidi üldise toimetuleku hindamisel tähelepanu pöörata.

Enesekontseptsioon

See, millisena indiviid ennast tajub ja kuidas hindab, näib omavat märkimisväärset mõju tema enesetundele ning üldisele toimetulekule. Negatiivne enesekontseptsioon tähistab püsivaid enesekohaseid uskumusi enda tähtsusetusest, lüüasaamisest või väärtusetusest, millega omakorda kaasnevad sügavad, pervasiivsed süü- või häbitunded, aga ka tunne, et ollakse võimetud saama üle ebasoodsatest asjaoludest, samuti tunne, et ei suudeta teiste kannatusi ära hoida (Cloitre jt, 2013). Seega, traumakogemustega indiviididel näib nappivat kindlustunnet selles, et kontroll elu üle on nende käes. Lapseea traumadega indiviididel on täheldatud tugevalt moonutatud enesetaju (nt enese nägemist jäädavalt kahjustatuna) ning suhteprobleemide (nt isolatsioon, sissemässitus, konfliktid) esinemist (Ford & Smith, 2008). Uuringud näitavad, et interpersonaalset vägivalda ja väärkohtlemist kogenud naistel esinev kõrgem häbi- ja depressioonitase on seotud negatiivsete enesekohaste mõtetega (Beck, Reich, Woodward, Olsen, Jones & Patton, 2015), samuti on traumakogemustega indiviididel täheldatud väärtusetusetunde esinemist, mis raskematel juhtudel on seotud ka suitsiidkatsetega (Jeon jt, 2014). Seega, PTSH sümptomid koos negatiivsete enesekohaste kognitsioonidega võivad takistada paranemist (Shahar jt, 2013). Samas leitakse, et PTSH sümptomite negatiivseid mõjusid võivad leevendada kaitsvad enesekognitsioonid, eriti enesetõhusus ja enesehinnang (Walter jt, 2010). Seejuures võib kõrge enesehinnang olla paljulubavaks vastupidavuse mehhanismiks traumeerivate kogemuste korral, kuna annab kindlustunde võimele kontrollida oma keskkonda (Weinberg jt, 2014).

Inimestevahelised suhted

Laste väärkohtlemine, eriti psühholoogiline väärkohtlemine, viib teiste inimestega ühenduse loomise ebaefektiivsete viisideni, mille tulemusena arendab laps välja kesised suhtlemisoskused, mis omakorda suurendavad interpersonaalsete probleemide (sh verbaalne ja/või füüsiline agressioon) tekkimise tõenäosust järgnevas täiskasvanueas (Allen, 2011). Eneseregulatsioonihäired võivad panustada nii emotsioonide üle- kui ka alareageerimise tekkesse, mis interpersonaalses käitumises väljendub agressiivses või sõltuvas, aga ka distantseeritud või vältivas käitumises (Cloitre jt, 2009). Paljudele trauma üleelanutele on inimestevahelistes suhetes omane identiteedikaaotuse või hülgamishirm, soov olla tähele pandud, mõistetud ja armastatud, samas kui varastes suhetes hooldajatega saadud traumakogemus kahjustub võimet olla teistega ühel lainel, usaldada, kogeda tundeid oma kehas, reguleerida emotsioone ning teada või väljendada seda, mida tuntakse (Lord, 2013). Komplekstrauma üleelanutel esineb kalduvust tõlgendada valesti teiste inimeste tegevusi ja reageerida viisil, mille puhul ebaõnnestub teiste inimeste allolevate kavatsuste arvessevõtmine, lisaks esineb neil raskusi terapeutilise seotuse säilitamise ja motivatsiooniga muutusteks (Lawson jt, 2013). Suhete hoidmise ja emotsionaalse seotuse säilitamise raskused võivad esineda mitmel moel, kuid enamasti hõlmavad need teistega läheduse tundmise raskusi, mistõttu võivad indiviidid järjekindlalt vältida, pilgata või omada vähest huvi suhete ja üldisemalt sotsiaalse seotuse järele (Cloitre jt, 2013). Seega, suhtlemisraskuste esinemise korral näib olevat otstarbekas küsitleda võimalike varasemate traumakogemuste, eriti emotsionaalse väärkohtlemise intsidentide kohta.

Komplekstrauma hindamine

Jaffee jt (2009) väitel on traumaohvrite, nende perede ja ravijate puhul üsnagi tavaline käesolevate eluraskuste ja minevikus aset leidnud traumeerivate sündmuste vahelise suhte mittetäielik mõistmine, mis võib aga komplitseerida ravi, kuna keskendutakse sümptomitele mõistmata nende algset päritolu. Sarnasel seisukohal on ka Brady jt (2003), kes leiavad, et PTSH on märkimisväärselt aladiagnoositud ning varasemate traumade kohta ei pruugi olla mitte kunagi küsitud. Tervise Arengu Instituudi andmete kohaselt konsulteeriti Eestis psühhiaatri poolt ambulatoorselt raskete stressreaktsioonide ja kohanemishäirega isikuid 2013. aastal kokku 6669 ja 2012. aastal 6355, neurootiliste, stressiga seotud ja somatoformsete häirete puhul olid vastavad näitajad 22 038 ja 20 259, korduva depressiooni puhul 9090 ja 8439 ning ärevushäirete puhul 10 596 ja 9507. Kui palju võib nende arvude

taga olla inimesi, kelle minevik sisaldab traumakogemusi, kuid kes pole nendest kogemustest mitte kunagi rääkinud ja kelle psühhiaatrilist probleemi üheks alalhoidvaks teguriks võivad olla varasemad psühhotraumeerivad kogemused?

NCTSN soovib komplekstrauma hindamisel: (a) hinnata traumeerivate sündmuste laialdast hulka ja määratleda nende toimumisaeg; (b) hinnata sümptomite hulka, riskikäitumisi, funktsionaalsed ja arengulist kahjustust; (c) kasutada infot kogudes erinevaid tehnikaid ja allikaid (sh kliinilised intervjuud, standardiseeritud mõõdikud, käitumise vaatlus); (d) püüda aru saada, kuidas iga traumeeriv sündmus on võinud kahjustada arenguülesandeid ning (e) püüda ühendada traumeerivad sündmused meenutajatega, mis võivad vallandada sümptomeid või vältimiskäitumist.

Maerker jt (2013) hinnangul tuleb stressiga seotud häirete puhul pöörata tähelepanu pigem funktsionaalsele kahjustusele kui spetsiifilistele stressoritele, st hinnata ulatust negatiivsetest elusündmustest traumeerivate stressoriteni. Ka teised autorid (Cloitre jt, 2013; Elklit jt, 2014) on rõhutanud, et traumeerivate sündmuste esinemise korral tuleb uurida nende mõju indiviidile ja tema toimetulekule, kuna traumeerivate minevikusündmuste olemasolu ei tähenda koheselt PTSH või kompleks-PTSH diagnoosi esinemist. Knefel ja Lueger-Schuster (2013), kes leiavad, et kompleks-PTSH näib olevat pigem naistele omane häire, rõhutavad vajalikkust arendada välja vastavatel kriteeriumitel põhinevad sõelumiseks ja kliiniliseks diagnostikaks usaldusväärsed ning valiidsed vahendid.

Nii uurimis- kui ka kliinilises töös on lapsepõlvetraumade käsitlemiseks leidnud kõige enam kasutamist Lapseea traumaküsimustik (*Childhood Trauma Questionnaire, CTQ*; Bernstein & Fink, 1998). Võrdlemisi palju on rakendust leidnud ka Traumakogemuste nimekiri (*Trauma Experiences Checklist, TEC*; Nijenhuis jt, 1999), mida kasutatakse käesoleva uurimistöö läbiviimisel. TECi autorite väitel (Nijenhuis jt, 2002) eelnesid küsimustiku väljatöötamisele mitmed uuringud, mis näitasid, et ülekaalukad sündmused võivad olulisele hulgale inimestest põhjustada PTSHd, dissotsiativseid häireid, somatoformseid häireid jt traumaga seotud psühhopatoloogiaid. Siit tulenes vajadus retrospektiivse enesekohase küsimustiku järele, mis oleks aja- ja kuluefektiivne ning hindaks laia hulka potentsiaalselt traumeerivaid kogemusi. Lisaks avaldavad küsimustiku autorite arvates mõned patsiendid enesekohastes mõõdikutes oma traumeerivaid kogemusi kergemini, kui tehes seda intervjuude kontekstis. Ühtlasi soovivad TECi autorid kasutada küsimustikku esimese sammuna võimaliku traumamineviku tuvastamisel ja viia järgmise sammuna TECi põhjal läbi täpsustav intervjuu kõrgemaid skoori saanud indiviididega. TECi autorite

hinnangul omab nende küsimustik mitmeid eeliseid selle väljatöötamise ajal kasutusel olnud traumakogemusi hindavate enesekohaste mõõtevahendite ees: (a) TEC sisaldab emotsionaalset hooletussejätmist ja emotsionaalset väärkohtlemist hindavaid küsimusi, samuti (b) küsimusi täiskasvanueas toimunud traumeerivate kogemuste kohta, aga ka (c) küsimusi patogeensete perestruktuuride kohta (sh emotsionaalne hooletussejätmine, emotsionaalne väärkohtlemine, vanemlikustamine, erakordne perekoorem vaesuse, vanemate poolse psühhiaatrilise haiguse, alkoholismi või uimastisõltuvuse näol).

Tuginedes Jaffee jt (2009) seisukohtadele näib psühhoteraapias olevat kohane tegeleda selliste traumajärgsete reaktsioonidega nagu afekti (sh depressioon, ärevus, viha) düsregulatsioon, häbi, märgistatuse ja teistest erinev olemise tunne, toetava usu puudumine, lootusetuse- ja meeleheitetunne, lühiperspektiivis tuleviku nägemine, sõltuvusainete tarvitamine, agressioon enda või teiste vastu ning suhteraskused.

Magistritöö eesmärk

Käesoleva magistritöö eesmärgiks on uurida lapseea traumakogemuste mõju trauma üleelanutele täiskasvanueas. Täpsemalt uuritakse, kas ja mil määral esineb lapseea traumakogemustega indiviididel täiskasvanueas PTSH sümptomeid, madalat enesehinnangut, emotsioonide düsregulatsiooni ja interpersonaalseid probleeme. Töö teiseks eesmärgiks on kohandada eesti keelde traumeerivaid kogemusi hindav mõõtevahend Traumakogemuste nimekiri (*Trauma Experiences Checklist*, TEC; Nijenhuis jt, 1999), kuna eesti keeleruumis puudub käesolevalt vahend, mis võimaldaks küsitleda varasemaid traumakogemusi.

Teadmised sellest, millist jätkuvat mõju võivad omada lapseea traumakogemused indiviidi edasisele elule, omab märkimisväärset kliinilist tähendust. Käesoleva magistritöö autor peab oluliseks indiviidi psüühilise seisundi hindamisel ning psühhoterautilise sekkumise kavandamisel küsida ja võtta arvesse indiviidi eelnevaid psühhotraumeerivaid kogemusi ning seotud raskusi. Magistritöö autorile teadaolevalt ei ole täiskasvanute komplekstrauma valdkonda seni Eestis veel uuritud. Töö autor peab oluliseks, et inimeste psüühiline ja emotsionaalne seisund võimaldaks neil elada rahulolu pakkuvat ja täisväärtuslikku elu ühes suutlikkusega osaleda tööhõives ja sotsiaalses elus ning saada raskuste ilmnemisel kohast abi.

Lähtudes eelnimetatud kirjandusest ja tuginedes varasemate uurimustööde tulemustele on magistritöö hüpoteesid järgmised:

1. Kõrgemaid trauma koguskoore näidanud indiviididel on võrreldes madalamaid trauma koguskoore näidanud indiviididega kõrgem posttraumaatilise stresshäire sümptomite skaala koguskoor.
2. Lapseeas väärkohtlemist kogenud indiviididel on võrreldes väärkohtlemiskogemuseta indiviididega kõrgem posttraumaatilise stresshäire sümptomite koguskoor.
3. Lapseea traumakogemusi avaldanud indiviidid näitavad võrreldes traumakogemusi vähe või mitteavaldanud indiviididega madalamaid skoori enesehinnangu ning kõrgemaid skoori posttraumaatilise stresshäire sümptomite, emotsioonide düsregulatsiooni ja interpersoonalsete probleemide skaaladel.
4. Madalama enesehinnangu skooride korral esineb rohkem inimestevahelisi probleeme.
5. Kõrgemate trauma koguskooride ja kõrgemate posttraumaatilise stresshäire skooride korral esineb indiviididel suuremaid emotsioonide regulatsiooni raskusi.

MEETOD

Valim

Uurimuses osales 52 psühhiaatri poolt kinnitatud RHK-10 kriteeriumitele vastava (a) neurootiliste, stressiga seotud ja somatoformsete häirete või (b) meeleoluhäiretega täisealist patsienti, kes olid pöördunud SA Viljandi Haigla Psühhiaatriakliinikusse ambulatoorsele või statsionaarsele ravile. Nimetatud häiregrupid valiti, kuna lapseea traumasid käsitlevatest uurimustest võib leida järgnevas täiskasvanueas avalduvatest psüühikahäiretest kõige enam viiteid depressiooni ja ärevushäirete esinemisele, mistõttu sooviti sel moel suurendada tõenäosust, et valimisse satuvad uuritavad, kellel võib varasemalt olla esinenud lapseea väärkohtlemist või teisi psühhotraumeerivaid sündmusi. Uurimuses osalejatest 43 (83%) oli naissoost ja 9 (17%) meessoost isikut vanuses 19-72 aastat (keskmine vanus 40,4 aastat). Uurimuses osalemine oli vabatahtlik ja uurimuse läbiviimine toimus Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomitee ning SA Viljandi Haigla loal. Kõik uuritavad andsid osalemiseks kirjaliku informeeritud nõusoleku.

Uurimisprotseduur

Kõikide uuritavatega viidi läbi individuaalne hindamine. Uuritavad täitsid iseseisvalt paberkanalil viis enesekohast küsimustikku, mille täitmiseks kulus 30 min: TEC (Nijenhuis jt, 1999), PCL-C (Weathers jt, 1993), DERS (Graz & Roemer, 2004), RSES (Rosenberg,

1965) ja IIP-32 (Barkham jt, 1996). Uuringusse ei kaasatud isikuid, kellel oli diagnoositud vaimse arengu mahajäämus või orgaaniline kahjustus, mis takistas küsimustike iseseisvat täitmist. Soovi korral said uuritavad täidetud küsimustikele tagasisidet. Kui uuritaval ilmnis lapsea traumaminevikku ning raskusi hinnatavates valdkondades, informeeriti teda edasistest ravivõimalustest. Andmete analüüsimiseks kasutati programmi IBM SPSS Statistics 21.

Mõõtevahendid

Traumeerivad kogemused

Traumeerivate kogemuste hindamiseks kasutati Traumakogemuste nimekirja (*Trauma Experiences Checklist*, TEC; Nijenhuis jt, 1999). TEC on 29-väiteline retrospektiivne enesekohane küsimustik, mis hindab lapsea väärkohtlemist kolmes traumavaldkonnas: (a) emotsionaalne trauma (väited emotsionaalse hooletussejätmise ja emotsionaalse väärkohtlemise kohta), (b) seksuaalne trauma (väited seksuaalse ahistamise ja seksuaalse väärkohtlemise kohta), (c) kehaline oht (väited füüsilise väärkohtlemise, teise inimese poolse ohuähvarduse, veidra karistusviisi ja intensiivse valu kohta). Küsimused sisaldavad lühikirjeldust, mis defineerib nimetatud sündmuse. Traumakogemuste koguskoor, mis sisaldab elu jooksul aset leidnud potentsiaalselt traumeerivate olukordade loetelu, ulatub vahemikust 0 kuni 29. TEC esitab küsimusi ka ümbritsevate inimeste kohta, kus trauma aset leidis (st päritolupere, laiendatud pere, võõrad inimesed) ning hindab traumaga seotud subjektiivset stressitaset. Traumakogemuste koguskoorile lisaks võimaldab TEC arvutada lapseas aset leidnud traumakogemuste komposiitskoorid viies valdkonnas (emotsionaalne hooletussejätmine, emotsionaalne väärkohtlemine, füüsiline väärkohtlemine, seksuaalne ahistamine, seksuaalne väärkohtlemine). Trauma tugevusele hinnangu andmiseks kasutatakse nelja muutujat: (a) sündmuse toimumine (jah/ei); (b) vanus sündmuse asetleidmisel (vanusegrupid 0-6, 7-12, 13-18); (c) trauma kestus (alla või üle aasta); (d) subjektiivne reageering ehk trauma mõju, osutades, kui traumeerituna inimene ennast sündmuse poolt tundis (üldse mitte, vähesel määral, mõõdukal määral, küllaltki palju või äärmiselt palju).

TECi autorid hindavad küsimustiku psühhomeetrilisi näitajaid heaks, Cronbach'i alfa on 0,86, kordustesti puhul 0,90. Võrdluses teise traumeerivaid sündmusi hindava küsimustikuga SLESQ (*Stressful Life Events Screening Questionnaire*; Goodman jt, 1998) oli Cronbach'i alfa 0,66, kahe küsimustiku vaheline korrelatsioon tugev, $r=0,77$ ning test-kordustesti reliaabluse koguskooriks kujunes $r=0,91$. Ka teised uurijad (Schumacher jt, 2012; Espirito-Santo jt, 2013) on saanud TECi adapteerimisel originaalversiooniga sarnaseid

tulemusi. TECi võib pidada potentsiaalselt traumeerivate kogemuste hindamisel kasulikuks mõõtevahendiks nii kliinilises kui ka uurimistöös (Schumacher jt, 2012; Nijenhuis jt, 2002).

Traumakogemuste nimekiri TEC on autorite poolt antud vabakasutusse ja leitav skaala autorite kodulehelt. Inglisekeelne skaala tõlgiti eesti keelde kolme filoloogist tõlkija poolt. Lõplik versioon kujunes välja tõlkele antud kliiniliste psühholoogide eksperthinnangute alusel ning pilootuuringu läbiviimisel kahe uuritavaga.

Posttraumaatilise stresshäire sümptomid

Käesolevalt esinevate stressisümptomite hindamiseks kasutati Posttraumaatilise stresshäire sümptomite nimekirja eesti keelde kohandamisel olevat versiooni (*The Posttraumatic Stress Disorder Checklist*, PCL; Weathers jt, 1993; Laidra, K.). PCL on enesekohane hinnanguskaala, mis hindab 17 DSM-IV PTSH sümptomit. Väiteid hinnatakse skaalal 1-5 („üldse mitte“ kuni „äärmiselt“), osutades raskusastmele, kuivõrd konkreetne sümptom on häirinud viimase kuu jooksul. Koguskoor ulatub vahemikust 17 kuni 85, skaala autorite poolt soovitatud äralõikepunktiks on 50. Küsimustikust on saadaval kolm versiooni: militaarversioon (PCL-M), üldine tsiviilisikute versioon (PCL-C) ja spetsiifilise traumaatilise sündmuse versioon (PCL-S). Käesolevas magistris kasutati PCL-C versiooni.

Emotsioonide düsregulatsioon

Emotsioonide düsregulatsiooni hinnati Emotsioonide regulatsiooni raskuste skaala eestikeelse versiooniga (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*, DERS; Graz & Roemer, 2004; ERRS, Vachtel, 2011). DERS on 34-väiteline enesekohane hinnanguskaala, mis hindab emotsioonide regulatsiooni raskusi kuuel alaskaalal: (a) raskused eesmärgipärase tegevuses (mõõdab negatiivseid emotsioone kogedes tekkivaid raskusi keskendumises ja ülesannete lahendamisel); (b) emotsionaalse selguse puudumine (mõõdab, kuivõrd indiviid saab aru ja kuivõrd selged on talle konkreetsed emotsioonid); (c) impulsikontrolli raskused (mõõdab negatiivsete emotsioonide kogemisel võimet kontrollida oma käitumist ning jätkata tegutsemist vastavalt oma kohustustele ja eesmärkidele); (d) emotsionaalsete reaktsioonide mitteaktsepteerimine (mõõdab negatiivseid sekundaarseid reaktsioone oma emotsioonidele või distressile vastuseks olevate reaktsioonide mitteaktsepteerimist); (e) emotsioonide mitteteadvustamine (mõõdab, kuivõrd teadlik on indiviid emotsionaalsete reaktsioonide esinemisest, kui palju pöörab tähelepanu ning kui oluliseks ta neid peab); ja (f) emotsiooniregulatsiooni strateegiate puudumine (mõõdab uskumusi, et indiviid ei saa efektiivseks emotsioonidega toimetulekuks ise midagi teha). Väiteid hinnatakse skaalal 1-5

(„peaaegu mitte kunagi“ kuni „peaaegu alati“), osutades, kuivõrd sageli antud väide vastaja käitumist iseloomustab. Kõrgemad skoorid viitavad suurematele raskustele emotsioonide regulatsioonis.

Enesekontseptsioon

Enesekontseptsiooni hindamiseks kasutati Rosenbergi Enesehinnangu Skaala eestikeelset versiooni (*The Rosenberg Self-Esteem Scale*, RSES; Rosenberg, 1965; ERSSES, Pullmann & Allik, 2000). RSES on 10-väeteline enesekohane skaala, kus vastaja hindab enda väärtust, vastates negatiivsetele ja positiivsetele väidetele skaalal 1-5 („jah/nõus“ kuni „ei/ei ole nõus“). Kõrgemad skoorid osutavad kõrgemale enesehinnangu tasemele.

Interpersonaalsed probleemid

Inimestevahelisi probleeme hinnati Interpersonaalsete probleemide küsimustiku IIP-32 eestikeelse versiooniga (*Inventory of Interpersonal Problems*, IIP-32; Barkham jt, 1996; Esop, 1998). IIP-32 on enesekohane mõõtevahend, mis võimaldab välja selgitada raskusi, mida inimesed suhtes kogevad. Küsimustik koosneb 32 väitest, millele vastaja annab hinnangu 0-4 („üldse mitte“ kuni „täiesti“), kuivõrd antud väide väljendab seda, mis on tema jaoks probleemiks. Väited jaotuvad kaheksasse alaskaalasse: (a) raske olla seotud (raskused teiste inimestega kiindumustunde ja ühendatuse kogemisega, distantseeritud); (b) liiga hooliv (kalduvus teistele inimestele kaasa tunda ja nende eest hoolt kanda omaenda vajaduste arvelt, ennastohverdav); (c) raske olla toetav (kalduvus kogeda kergesti viha ja ärritust, võidelda teiste inimestega, olla hõivatud kättemaksust, enesekeskne, vaenulikult domineeriv); (d) raske kehtestada (enesekindluse puudumine, madal enesehinnang, soovimatus ennast teiste suhtes kehtestada); (e) raske olla sotsiaalne (kalduvus kogeda teiste inimeste juuresolekul ärevust, kartlikkust ja piinlikkust); (f) liiga agressiivne (teiste inimeste üle domineerimine, nende kontrollimine, nendega manipuleerimine); (g) liiga avatud (vajadus olla samaaegselt nii sõbralik ja seltsiv kui ka kontrolliv ja pealetükkiv) ning (h) liialt sõltuv (ülemäära kohanduv, allaheitlik). Kõrgem skoor viitab enamatele interpersonaalsete probleemide esinemisele.

TULEMUSED

Traumakogemuste nimekiri (TEC) võimaldab välja selgitada lapseas aset leidnud väärkohtlemiskogemusi viie valdkonna lõikes: (1) emotsionaalne hooletussejätmine (mida TEC defineerib üksijätmise ja ebapiisava kiindumusena), (2) emotsionaalne väärkohtlemine

(halvustamine, narrimine, sõimamine, verbaalne ähvardamine või ebaõiglane karistamine), (3) füüsiline väärkohtlemine (löömine, piinamine või haavade tekitamine), (4) seksuaalne ahistamine (seksuaalse olemusega teod, mis ei sisalda füüsilist kontakti) ning (5) seksuaalne väärkohtlemine (soovimatud seksuaalaktid, mis sisaldavad füüsilist kontakti). Komposiitskooi moodustamisel võetakse arvesse, kas teo toimepanijaks olid lähedased (vanemad, vennad, õed), kaugemad pereliikmed (tädid, onud, õetütred, õepojad, vanavanemad) või mittepereliikmed (nt naabrid, sõbrad, kasuvanemad, õpetajad). Et selgitada välja, kui palju väärkohtlemiskogemusi on vastajatel esinenud, summeeriti küsimustiku viie valdkonna alaskaalad. Seejärel kodeeriti antud skoorid ümber dihhotoomsele skaalale, kus väärtus „0“ tähistas vastava traumakogemuse puudumist ja väärtus „1“ tähistas vastava traumakogemuse esinemist vähemalt ühes vanuserühmas. Tabel 1 annab ülevaate traumakogemuste esinemisest valdkondade lõikes.

Tabel 1. Traumakogemuste esinemine väärkohtlemise valdkondade lõikes

	Traumakogemuse esinemine	
	Arv	%
Emotsionaalne hooletussejätmine	34	65.4%
Emotsionaalne väärkohtlemine	41	78.8%
Füüsiline väärkohtlemine	27	51.9%
Seksuaalne ahistamine	10	19.2%
Seksuaalne väärkohtlemine	8	15.4%

Tabelist nähtub, et traumakogemuse esinemise korral on vastajad lapseas kõige enam kogenud emotsionaalset väärkohtlemist (78,8%), millele järgnevad emotsionaalne hooletussejätmine (65,4%) ja füüsiline väärkohtlemine (51,9%). Mõnevõrra vähem on avaldatud seksuaalse ahistamise (19,2%) ja seksuaalse väärkohtlemise (15,4%) kogemusi.

Traumakogemused ja posttraumaatilise stresshäire sümptomid

Traumakogemuste (TEC) ja käesolevalt esinevate PTSH sümptomite (PCL) vahelise seose uurimiseks kasutati korrelatsioonianalüüsi. Kuna tunnuste jaotused alluvad üldjoontes normaaljaotusele, kasutati Pearsoni korrelatsioonikoefitsienti. 20 vastajat (38,5%) hindas oma PTSH sümptomite tugevust määral, mis ületas PCL autorite poolt soovitatud äralõikepunkti (50), täites sel moel PTSH kriteeriumid. Keskmiseks PTSH sümptomite koguskooriks nii lapsea traumakogemusi avaldanud (N=44) kui mitteavaldanud (N=8) indiviididel oli M=45. Tabelis 2 esitatud korrelatsioonimaatriksis on välja toodud PTSH sümptomite skaala

koguskoori suhe nii trauma koguskoori (mis sisaldab kogu elu jooksul aset leidnud potentsiaalselt traumeerivate olukordade loetelu) kui ka trauma komposiitskooriga (sisaldab vanuses 0-18 aset leidnud potentsiaalselt traumeerivate olukordade loetelu koos muutujatega).

Tabel 2. Trauma kogu- ja komposiitskooride ning PTSH sümptomite vaheline suhe

	TEC koguskoor	TEC komposiitskoor	PCL koguskoor
TEC koguskoor	1		
TEC komposiitskoor	0.83**	1	
PCL koguskoor	0.61**	0.55**	1

** $p < 0.001$

Tulemustest nähtub, et nii traumakogemuste koguskoor kui ka komposiitskoor on omavahel tugevalt ja positiivselt seotud ($r=0.83$, $p < 0.001$). Samuti esineb tugevat positiivset seost nii PCL koguskoori ja TEC koguskoori ($r=0.61$, $p < 0.001$) kui ka PCL koguskoori ja TEC komposiitskoori ($r=0.55$, $p < 0.001$) vahel. Tulemustest lähtuvalt leiab kinnitust hüpotees, et kõrgemaid trauma koguskoore näidanud indiviididel on võrreldes madalamaid trauma koguskoore näidanud indiviididega kõrgem posttraumaatilise stresshäire sümptomite skaala koguskoor.

Lapseea väärkohtlemine ja PTSH sümptomid

Et selgitada välja, kas erinevate väärkohtlemisvaldkondade puhul esineb käesolevalt kõrgemaid PTSH sümptomite koguskoore või mitte, võrreldi PCL koguskoori keskmisi väärtusi vastava valdkonna väärkohtlemiskogemuste ja väärkohtlemiskogemusteta indiviidide vahel. Alljärgnevast tabelist 3 nähtub, et kõikide väärkohtlemisvaldkondade puhul on PCL keskmine koguskoor vastava traumakogemusega indiviidide seas kõrgem. T-test kinnitab keskmiste statistiliselt olulist erinevust emotsionaalse hooletussejätmise, füüsilise väärkohtlemise ning seksuaalse ahistamise puhul. Seega leiab kinnitust hüpotees, et lapseas väärkohtlemist kogenud indiviididel on võrreldes väärkohtlemiskogemusteta indiviididega kõrgem posttraumaatilise stresshäire sümptomite koguskoor.

Tabel 3. *Lapseea väärkohtlemiskogemuste võrdlus PTSH sümptomite koguskooriga*

		N	PCL koguskoor		F	df	p
			Keskmine	Std hälve			
Emotsionaalne väärkohtlemine	ei	11	39.91	17.45	-1.26	50	0.22
	jah	41	46.85	15.99			
Emotsionaalne hooletussejätmine	ei	18	32.28	8.80	-6.01	49.51	>0.01
	jah	34	52.32	15.22			
Füüsiline väärkohtlemine	ei	25	38.20	14.07	-3.33	50	>0.01
	jah	27	52.04	15.75			
Seksuaalne ahistamine	ei	42	42.83	15.54	-2.41	50	0.02
	jah	10	56.10	16.19			
Seksuaalne väärkohtlemine	ei	44	44.45	17.20	-1.36	15.49	0.19
	jah	8	50.50	10.17			

Lapseea traumakogemuste võrdlus enesehinnangu, PTSH sümptomite, emotsioonide regulatsiooni ja interpersonaalsete probleemidega

Kolmanda hüpoteesi uurimiseks moodustati esmalt binaarne tunnus, mille kodeerimise aluseks on traumakogemuste (TEC) komposiitskoor. Väärtus „0“ tähistab olukorda, kus indiviidil puudub lapseea traumakogemus (N=8), väärtus suurem või võrdne „1“, tähistab olukorda, kus indiviidil on olnud vähemalt üks lapseeas aset leidnud traumakogemus (N=44). Seejärel võrreldi PTSH sümptomite (PCL) koguskoori, interpersonaalsete probleemide (IIP) koguskoori, emotsiooni regulatsiooni raskuste (DERS) üldskoori ja enesehinnagutaset (RSES) nimetatud klassifitseeriva tunnuse lõikes. Kirjeldav statistika on esitatud tabelis 4.

Tabel 4. *Lapseea traumakogemuste võrdlus PTSH sümptomite, interpersonaalsete probleemide, emotsioonide regulatsiooni raskuste ja enesehinnangutasemega*

		N	Keskmine	Std hälve
PCL koguskoor	on traumakogemus	44	47.70	16.23
	ei ole traumakogemust	8	32.63	10.80
IIP koguskoor	on traumakogemus	44	60.25	20.48
	ei ole traumakogemust	8	36.88	10.74
DERS üldskoor	on traumakogemus	44	93.23	25.78
	ei ole traumakogemust	8	75.00	11.50
RSES koguskoor	on traumakogemus	44	20.09	9.49
	ei ole traumakogemust	8	25.75	7.72

Tabelist nähtub, et traumakogemuste korral esineb kõrgemaid koguskoore nii PTSH sümptomite (PCL), interpersonaalsete probleemide (IIP) kui ka emotsioonide regulatsiooni raskuste (DERS) osas. Erinevuste statistilise olulisuse testimiseks viidi läbi t-test, mis kinnitas nii PCL koguskoori $t(50)=2.52$, $p<0.05$, IIP koguskoori $t(50)=-3.13$, $p<0.01$, kui ka DERS üldskoori $t(22.56)=3.24$, $p<0.05$ puhul keskmiste väärtuste erinevust statistiliselt olulisel määral. Kuigi oodatult on traumakogemusteta indiviididel kõrgem RSES koguskoor (st kõrgem enesehinnangutase), ei kinnita siiski t-test RSES koguskoori keskmiste erinevuse statistilist erinevust $t(50)=-1.59$, $p=0.12$, mis võib aga tuleneda valimi väiksusest. Seega leiab kinnitust hüpotees, et lapsea traumakogemusi avaldanud indiviidid näitavad võrreldes traumakogemusi vähe või mitteavaldanud indiviididega madalamaid skooore enesehinnangu ning kõrgemaid skooore posttraumaatilise stresshäire sümptomite, emotsioonide düsregulatsiooni ja interpersonaalsete probleemide skaaladel.

Enesehinnang ja interpersonaalsed probleemid

Enesehinnangu skoorid kategoriseeriti vastavalt etteantud vahemikele (vt Pullmann & Allik, 2000) kolmeks tasemeks: madal (0-27 punkti), keskmine (28-32 punkti) ning kõrge (33-40 punkti) enesehinnangutase. Seejärel võrreldi interpersonaalsete probleemide (IIP) koguskoori keskmisi väärtusi eelpoolkirjeldatud tasemetel. Kirjeldav statistika on esitatud tabelis 5.

Tabel 5. Enesehinnangutasemete võrdlus interpersonaalsete probleemide koguskooriga

	N	IIP koguskoori keskmine väärtus	Std hälve	Min	Max
madal enesehinnangutase	37	63.81	18.72	31	98
keskmine enesehinnangutase	6	41.67	21.65	20	71
kõrge enesehinnangutase	9	37.22	10.80	25	54
Kokku	52	56.65	21.02	20	98

Tabelist nähtub, et kõrgema enesehinnangutase puhul on IIP koguskoori väärtus madalam, mis tähendab, et kõrge enesehinnangutase korral esineb vähem interpersonaalseid probleeme. Dispersioonanalüüs kinnitab vähemalt ühe statistiliselt olulise erinevuse olemasolu tasemete vahel: $F(2,49)=10.24$, $p<0.001$. Dispersioonanalüüsi järeltestiks

(*post-hoc* testiks) valiti Scheffé test, kuna gruppide täituvus on ebaühtlane. Test kinnitab statistiliselt olulise erinevuse esinemist madala ja keskmise enesehinnangutaseme puhul ($p < 0.05$), samuti madala ja kõrge enesehinnangutaseme puhul ($p = 0.001$), kuid ei kinnita erinevust keskmise ja kõrge taseme puhul ($p = 0.90$). Saadud tulemuste põhjal leiab kinnitust hüpoteesi, et madalama enesehinnangu skooride korral esineb rohkem inimestevahelisi probleeme.

Traumakogemused, PTSH sümptomid ja emotsioonide regulatsiooni raskused

Hüpoteesi kontrollimiseks viidi läbi korrelatsioonianalüüs, kuhu kaasati traumakogemuste koguskoor (TEC), PTSH sümptomite (PCL) koguskoor ning emotsiooni regulatsiooni raskuste (DERS) üldskoor. Tulemused on esitatud tabelis 6.

Tabel 6. Traumakogemuste, PTSH sümptomite ja emotsiooni regulatsiooni raskuste koguskooride võrdlus

	TEC koguskoor	PCL koguskoor	DERS üldskoor
TEC koguskoor	1		
PCL koguskoor	0.61**	1	
DERS üldskoor	0.43**	0.67**	1

** $p < 0.01$

Tabelist nähtub, et kõik esitatud skoorid on omavahel statistiliselt oluliselt ning positiivselt korreleeritud. Kõige tugevamini on seotud emotsioonide regulatsiooni (DERS) üldskoor ja PTSH sümptomite koguskoor (PCL), kus $r = 0.67$, $p < 0.01$. Keskmise tugevusega on seotud emotsioonide regulatsiooni (DERS) üldskoor ja traumakogemuste (TEC) koguskoorid, kus $r = 0.42$, $p < 0.01$. Tulemustest lähtuvalt leiab kinnitust hüpoteesi, et kõrgemate trauma koguskooride ja kõrgemate posttraumaatilise stresshäire koguskooride korral esineb indiviididel suuremaid emotsioonide regulatsiooni raskusi.

ARUTELU

Käesoleva magistritöö eesmärgiks oli uurida lapseea traumakogemuste mõju trauma üleelanutele täiskasvanueas. Täpsemalt uuriti, kas ja mil määral esineb lapseea

traumakogemustega indiviididel täiskasvanueas PTSH sümptomeid, madalat enesehinnangut, emotsioonide düsregulatsiooni ja interpersonaalseid probleeme. Töö teiseks eesmärgiks oli kohandada eesti keelde traumeerivaid kogemusi hindav mõõtevahend Traumakogemuste nimekiri TEC, mis võimaldaks küsitleda varasemaid traumakogemusi. Tulemustest selgus, et võrreldes lapseeas traumeerivaid kogemusi vähe või mittekokogenud indiviididega esines traumakogemustega indiviididel kõrgemat PTSH sümptomite skoori, madalamat enesehinnangutaset, rohkem inimestevahelisi probleeme ja suuremaid emotsiooni regulatsiooni raskusi. Tulemustest nähtub, et lapseeas traumeerivaid olukordi üleelanutel võib täiskasvanueas täheldada komplekstraumale viitavate sümptomite esinemist (sh kõrgemat PTSH sümptomite taset, negatiivset enesekontseptsiooni, emotsiooni düsregulatsiooni ja interpersonaalseid raskusi).

Tulemused on kooskõlas varasemate uurimustöödega, kus on leitud traumamineviku seost suuremate emotsiooni regulatsiooni raskuste (Burns jt, 2010; Ehring & Quack, 2010; Stevens jt, 2013), interpersonaalsete probleemide (Huh jt, 2014; Allen, 2011; Lawson, 2013), madala enesehinnangu (Kuo jt, 2011; Stein jt, 2002) ning negatiivse enesekontseptsiooni ja PTSH sümptomitega (Beck, Jones, Reich, Woodward & Cody, 2015; Walter jt, 2010). Lisaks on tulemused kooskõlas varasemate uurimustööde (Greene jt, 2014; Beck jt, 2009; Cloitre jt, 2005) käigus tehtud järeldustega, et inimestelt, kes on pöördunud psühhiaatrilise ravi saamiseks ja kellel käesolevalt esineb kõrge PTSH sümptomite tase ning võib täheldada interpersonaalseid raskusi, tuleks küsida varasemate lapseea interpersonaalsete traumade kohta.

Eraldi nimetamist väärrib, et märkmisväärne osa vastajatest avaldas lapseea emotsionaalse väärkohtlemise (78,8%) ja emotsionaalse hooletussejätmise (65,4%) kogemusi. Kui seda teadmist kõrvutada vastajate võrdlemisi kõrge stressisümptomite taseme (vastavalt $M=46,85$, $SD=15,99$ ja $M=52,32$, $SD=15,22$) ning ülalnimetatud varasemate uurimustööde tulemustega, mille kohaselt võib täheldada PTSH sümptomite seost negatiivse enesekontseptsiooni, interpersonaalsete probleemide ja emotsiooni regulatsiooni raskustega, võib näha märkimisväärselt suurt hulka raskusi, mis antud väärkohtlemise valdkonnaga seotud on. Kuna emotsionaalne väärkohtlemine lapseeas võib järgnevas täiskasvanueas tuua endaga kaasa tõsiseid tagajärgi, olgu selleks siis lähisuhetes rahulolu kogemise raskused (Bradbury & Shaffer 2012), oma laste väärkohtlemine (Smith jt, 2014) vm interpersonaalsed probleemid, ei peaks nimetatud väärkohtlemise valdkonda teistest väärkohtlemise valdkondadest (sh füüsiline ja seksuaalne väärkohtlemine) sugugi vähemtähtsaks pidama.

Varasemate tööde ja käesoleva uurimistöö tulemused viitavad lapsee traumakogemuste korral esinevale kalduvusele kogeda kõrget stressitaset koos ülivälvuse ja ülvirgusega. See aga võib viia suurema tundlikkuse ja kõrgema haavatavuseni ümbritseva suhtes, mida omakorda võib seletada varasematest negatiivsetest kogemustest tekkinud usaldamatusega teiste inimeste suhtes. Eelöeldu võib omakorda viia kõlvõimalike olukordade tõlgendamiseni ohtlikena ja aktiveerida emotsionaalse üle- või alareageerimise koos emotsioonide juhtimise raskustega, mis võib seejärel viia inimestevahelistes suhetes probleemide ilmnemiseni. Kui taolised kogemused on pikemaajalised ja/või korduvad, võib see panustada vaimse tervise häirete tekkimisse. Cloitre jt (2009) väitel ei pruugi korduvad väärkohtlemised ja lapsee traumad viia tagajärgedeni, mis oma olemuselt oleksid ühekordse trauma tagajärgedest tugevamad, kuid komplekstrauma on kvalitatiivselt erinev oma kalduvuse poolest mõjutada korraga mitmeid afektiivseid ja interpersonaalseid valdkondi. Mitmete probleemide koosesinemine võib aga suure tõenäosusega raskendada traumast paranemist.

Vaatamata sellele, et käesolevas uurimistöös kasutatud korrelatiivne meetod ei võimalda välja selgitada põhjuslikke seoseid, ei peaks see kahandama töö üldist väärtust, kuna osutab valdkondadele, mis näivad traumakogemustega inimestele enim raskusi valmistavat, võimaldades sel moel planeerida komplekstraumadega inimeste puhul süsteemset hindamist ja kavandada vajadusel kohast sekkumist.

Kuna 81% vastajatest soovis saada tagasisidet enda poolt täidetud küsimustikele, oli Traumakogemuste nimekirja TEC puhul võimalik märgata ka mõningasi kitsaskohti. Vastajate poolt öeldu põhjal võis täheldada läbivat tendentsi, et räägiti rohkematest emotsionaalselt valusatest kogemustest, kui TECi ära märgiti, mis näis tulenevat asjaolust, et pikemaajalisi ja/või korduvaid potentsiaalselt traumeerivaid kogemusi on hakatud pidama niivõrd tavaliseks, et neid ei osata enam võtta kui väärkohtlemist. Teine korduvalt ilmnenu probleem oli see, et vastajad kirjeldasid lapseeas vanematevaheliste tülide ja füüsilise vägivalla pealtnägemist kui äärmiselt traumeerivat olukorda, kuid ei osanud seda küsimustikku mitte kuhugi märkida. Ehkki tagasiside käigus tulid ilmsiks uued asjaolud, mida oleks olnud otstarbekas küsimustikku ära märkida, ei hakatud täiendusi ega parandusi juba täidetud küsimustikesse rohkem enam tegema. Eelöeldust võib järeldada, et pigem võivad väärkohtlemise olukorrad olla ala- kui üleraporteeritud. Teine järeldus, mida on võimalik teha, kinnitab TECi autorite poolt antud soovitus kasutada küsimustikku esimese sammuna psühhotraumeerivate kogemuste minevikuga inimeste väljasõelumiseks ning viia järgmise

sammuna kõrgemaid skooore saanud inimestega läbi intervjuu, mille käigus täpsustatakse toimunud sündmusi ja nende mõju. Samas andsid vastajad TECle positiivse tagasiside, väljendades korduvalt kergendust ja rahulolu, et nad said rääkida asjadest, mida pole varem mitte kellelegi avaldanud. Kuna tegemist on emotsionaalselt valusate mälestustega, mida inimesed on endaga pikki aastaid kaasas kandnud, võiks see näidata, kuivõrd oluline on psühhiaatrilist abi otsivatelt inimestelt küsida nende varasemate traumakogemuste kohta.

Piirangutest, mis on seotud käesoleva uurimistööga, võiks esmajoonel nimetada väikest valimit, mille tõttu ei ole võimalik tulemusi üldistada. Teise piiranguna võiks välja tuua valimi koosnemise peamiselt naissoost vastajatest, mis tuleneb asjaolust, et vastavate psüühikahäirete grupis kalduvad (vähemalt SA Viljandi Haigla näitel) psühhiaatrilisele ravile pöördunud olema ülekaalukalt naissoost. Seetõttu ei ole tulemusi võimalik üldistada meessoost kliinilisele grupile ja vajaks selles osas edasist uurimist. Mõningase piiranguna võiks nimetada ka asjaolu, et korrelatsioonilised andmed ei võimalda määrata täpset suhet muutujate vahel, mistõttu pole täpselt teada, mis mida mõjutab. Arvestada tuleb ka sellega, et retrospektiivne enesekohane mõõdik lapsea traumakogemuste hindamiseks (TEC) sisaldab endas kallutatust, mis võib tuleneda unustamisest, soovimatusest meenutada valusaid mälestusi või ka olukordade mõju pisendamisest. Lisaks võib enesekohaste mõõdikute kasutamine vähendada nende usaldusväärsust, kuna need võivad olla mõjutatud indiviidi hindamise täpsuse, eneserefleksioonivõime või soovi poolt näidata ennast paremas valguses. Samuti oleks tulemuste interpreteerimisel vajalik arvestada võimalike mõjudega, mis tulenevad vastavatest psüühikahäirete gruppidest, mille tõttu antud uuringus osalejad olid ravile pöördunud.

Edasiste uuringute puhul võiks osutuda kasulikuks uurida, milles täpsemalt seisnevad emotsiooni regulatsiooni ja interpersonaalsed raskused, mis komplekstraumadega inimestele probleeme valmistavad. Samuti võiks osutuda kasulikuks uurida, kas traumavaldkondade lõikes esineb erinevusi raskuste spetsiifikas ning kas ja milliseid soospetsiifilisi erinevusi võib lapseas psühhotraumeerivaid kogemusi üleelanutel täheldada.

Kokkuvõtteks, tuginedes varasematele ja käesoleva uurimustöö käigus saadud tulemustele näib lapsea traumamineviku korral olevat vajalik hinnata komplekselt laia probleemideringi, mis hõlmaks käesolevalt esinevate stressisümptomite taset, oma emotsioonidega toimetulekut, enesehinnangut ja suhteid teiste inimestega. Samuti oleks otstarbekas küsida nendelt inimestelt, kelle puhul võib täheldada nimetatud probleemideringi esinemist, varasemate võimalike traumakogemuste kohta. Komplekstraumale viitavate

sümptomite korral oleks vajalik psühhoterapeutilist ravi hoolikalt ja süsteemselt planeerida, kuna tegu on omavahel keeruliselt seotud raskuste kogumiga.

VIITED

- Allen, B. (2011). Childhood Psychological Abuse and Adult Aggression: The Mediating Role of Self-Capacities. *Journal of Interpersonal Violence*. 26 (10), 2093-2110.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM - 5). Washington, DC.
- Barkham, M., Hardy, G. E. & Startup, M. (1996). The IIP-32: A short version of the Inventory of Interpersonal Problems. *British Journal of Clinical Psychology*. 35, 21-35.
- Beck, J. G., Grant, D. M., Clapp, J. D. & Palyo, S. A. (2009). Understanding the interpersonal impact of trauma: Contributions of PTSD and depression. *Journal of Anxiety Disorders*. 23, 4, 443-450.
- Beck, J. G., Jones, J. M., Reich, C. M., Woodward, M. J. & Cody, M. W. (2015). Understanding the role of dysfunctional post-trauma cognitions in the co-occurrence of Posttraumatic Stress Disorder and Generalized Anxiety Disorder: Two trauma samples. *Behaviour Research and Therapy*. 70, 23-31.
- Beck, J. G., Reich, C. M., Woodward, M. J., Olsen, S. A., Jones, J. M. & Patton, S. C. (2015). How do negative emotions relate to dysfunctional posttrauma cognitions? An examination of interpersonal trauma survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 7(1), 3-10.
- Bernstein, D. P. & Fink, L. (1998). Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Brady, S., Rierdan, J., Penk, W., Losardo, M. & Meschede, T. (2003). Post-Traumatic Stress Disorder in Adults with Serious Mental Illness and Substance Abuse. *Journal of Trauma & Dissociation*. 4(4), 77-90.
- Bradbury, L. L. & Shaffer, A. (2012). Emotion dysregulation mediates the link between childhood emotional maltreatment and young adult romantic relationship satisfaction. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 21(5), 497-515.
- Burns, E. E., Jackson, J. L. & Harding, H. G. (2010). Child maltreatment, emotion regulation, and posttraumatic stress: The impact of emotional abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 19(8), 801-819.
- Ceschi G., Billieux, J., Hearn M., Fürst, G. & Van der Linden, M. (2014). Trauma exposure interacts

- with impulsivity in predicting emotion regulation and depressive mood. *European Journal Of Psychotraumatology*. 29, 5.
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A. & Maercke, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*. 4, 15.
- Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. C. & Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy*. 36, 2, 119-124.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J. & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*. 22(5), 399-408.
- Dunn, E. C., McLaughlin, K. A., Slopen, N., Rosand, J. & Smoller, J. W. (2013). Developmental timing of child maltreatment and symptoms of depression and suicidal ideation in young adulthood: results from the national longitudinal study of adolescent health. *Depression & Anxiety*. 30, 10, 955-964.
- Ehring, Th & Quack, D. (2010). Emotion Regulation Difficulties in Trauma Survivors: The Role of Trauma Type and PTSD Symptom Severity. *Behavior Therapy*. 41, 4, 587-598.
- Elklit, A., Hyland, Ph. & Shevlin, M. (2014). Evidence of symptom profiles consistent with posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in different trauma samples. *European Journal of Psychotraumatology*. 5, 19.
- English, D., Thompson, R., White, C. R. & Wilson, D. (2015). Why should child welfare pay more attention to emotional maltreatment? In *Children and Youth Services Review*. 50:53-63.
- Esop, K. E. (1998). Interpersonaalse te probleemide küsimustiku struktuur ja valiidsus: magistritöö. Tartu: Tartu Ülikool.
- Espirito-Santo, H., Rocha, P., Gonçalves, L., Cassimo, S., Martins, L. & Xavier, M. (2013). The portuguese traumatic experiences checklist (tec): psychometrics and prevalence of traumatic experiences. *Abstracts of the 21th European Congress of Psychiatry, European Psychiatry*.
- Evren, C., Cinar, O., Evren, B., Ulku, M., Karabulut, V. & Umut, G. (2013). The mediator roles of trait anxiety, hostility, and impulsivity in the association between childhood trauma and dissociation in male substance-dependent inpatients. *Comprehensive Psychiatry*. 54, 2, 158-166.
- Evren, C., Sar, V., Dalbudak, E., Oncu, F. & Cakmak, D. (2009). Social anxiety and dissociation among male patients with alcohol dependency. *Psychiatry Research*. 165, 273-280.
- Fehlinger, T., Stumpfenhorst, M., Stenzel, N. & Rief, W. (2013). Emotion regulation is the essential skill for improving depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*. 144, 116-122.
- Ford, J. D. & Smith, S. F. (2008). Complex posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults

- receiving public sector outpatient substance disorder treatment. *Addiction Research and Theory*. 16(2), 193-203.
- Ghafarinezhad, A., Rajabizadeh, G. & Shahriari, V. (2013). Relationships of Dissociative Disorders and Personality Traits in Opium Addicts on Methadone Treatment. *Addict Health*. 5(1-2): 21-26.
- Gobin, R. L. (2012). Partner Preferences Among Survivors of Betrayal Trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*. 13, 2, 152-174.
- Goldstein, A. L., Wekerle, C., Tonmyr, L., Thornton, T., Waechter, R., Pereira, J., Chung, R. & MAP Research Team (2011). The Relationship Between Post-Traumatic Stress Symptoms and Substance Use Among Adolescents Involved with Child Welfare: Implications for Emerging Adulthood. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 9, 507-524.
- Goodman, L. A., Corcoran, C., Turner, K., Yuan, N. & Green, B. L. (1998). Assessing Traumatic Event Exposure: General Issues and Preliminary Findings for the Stressful Life Events Screening Questionnaire. *Journal of Traumatic Stress*. 11, 3.
- Gratz, Kim L.; Roemer, Lizabeth; Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 26(1), 41-54.
- Greene, C. A., Ford, J. D., Wakefield, D. B. & Barry, L. C. (2014). Posttraumatic stress mediates the relationship between childhood victimization and current mental health burden in newly incarcerated adults. *Child Abuse & Neglect*. 38, 10, 1569-1580.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 5(3).
- Horton, E. G., Diaz, N., Peluso, P. R., Mullaney, D., Weiner, M. & McIlveen, J. W. (2009). Relationships Between Trauma, Posttraumatic Stress Disorder Symptoms, Dissociative Symptoms, and Lifetime Heroin Use Among Individuals Who Abuse Substances in Residential Treatment. *Journal of Addictions & Offender Counseling*. 29, 81-95.
- Huh, H. J., Kim, S. Y., Yu, J. J. & Chae, J. H. (2014). Childhood trauma and adult interpersonal relationship problems in patients with depression and anxiety disorders. *Annals Of General Psychiatry*. 16, 13, 1-23.
- International Society for Traumatic Stress Studies. ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults. (14.01.2015).
http://www.istss.org/AM/Template.cfm?Section=ISTSS_Complex_PTSD_Treatment_Guidelines&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=5185
- Jaffee, W. B., Chu, J. A. & Woody, G. E. (2009). Trauma, Dissociation, and Substance Dependence in an Adolescent Male. *Harvard Review of Psychiatry*. 17: 60-67.

- Jeon, H. J., Park, J. I., Fava, M., Mischoulon, D., Sohn, J. H., Seong, S., Park, J. E., Yoo, I. & Cho, M. J. (2014). Feelings of worthlessness, traumatic experience, and their comorbidity in relation to lifetime suicide attempt in community adults with major depressive disorder. *Journal Of Affective Disorders*. 166, 206-212.
- Klanecky, A., McChargue, D. E. & Bruggeman, L. (2012). Desire to Dissociate: Implications for Problematic Drinking in College Students with Childhood or Adolescent Sexual Abuse Exposure. *The American Journal on Addictions*. 21: 250-256.
- Knefel, M. & Lueger-Schuster, B. (2013). An evaluation of ICD-11 PTSD and complex PTSD criteria in a sample of adult survivors of childhood institutional abuse. *European Journal of Psychotraumatology*. 4, 1-11.
- Kuo, J. R., Goldin, Ph., Werner, K., Heimberg, R. & Gross, J. J. (2011). Childhood trauma and current psychological functioning in adults with social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 25(4), 467-473.
- Lawson, D. M., Davis, DeShae & Brandon, S. (2013). Treating complex trauma: Critical interventions with adults who experienced ongoing trauma in childhood. *Psychotherapy*. 50(3), 331-335.
- Lord, S. A. (2013). Meditative Dialogue: Cultivating Compassion and Empathy with Survivors of Complex Childhood Trauma. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 22, 9, 997-1014.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., van Ommeren, M., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundaram, D. J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessely, S. C., First, M. B. & Saxena, S. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *The Lancet*. 381, 9878, 11-17, 1683-1685.
- Messing, J. T., La Flair, L., Cavanaugh, C. E., Kanga, M. R. & Campbell, J. C. (2012). Testing posttraumatic stress as a mediator of childhood trauma and adult intimate partner violence victimization. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 21(7), 792-811.
- Miles, S. R., Tharp, A. T., Stanford, M., Sharp, C., Menefee, D. & Kent, Th. A. (2015). Emotion dysregulation mediates the relationship between traumatic exposure and aggression in healthy young women. *Personality and Individual Differences*. 76:222-227.
- Najavits, L. & Walsh, M. (2012). Dissociation, PTSD, and Substance Abuse: An Empirical Study. *Journal of Trauma & Dissociation*. 13(1): 115-126.
- National Child Traumatic Stress Network (07.01.2015). <http://www.nctsn.org/>
- Nickerson, A., Bryant, R. A., Schnyder, U., Schick, M., Mueller, J. & Morina, N. (2015). Emotion dysregulation mediates the relationship between trauma exposure, post-migration living difficulties and psychological outcomes in traumatized refugees. *Journal of Affective Disorders*. 173, 1.

- Nijenhuis, E. R. S., Van der Hart, O. & Kruger, K. (2002). The psychometric characteristics of the Traumatic Experiences Questionnaire (TEC): First findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 9(3), 200-210.
- Nijenhuis, E. R. S., Van der Hart, O. & Vanderlinden, J. (1999a). The Traumatic Experiences Checklist (TEC). In E.R.S. Nijenhuis (Ed.), *Somatoform dissociation: phenomena, measurement, and theoretical issues*. Assen, the Netherlands: Van Gorcum.
- Pompili, M., Innamorati, M., Lamis, D. A., Erbuto, D., Venturini, P., Ricci, F., Serafini, G., Amore, M. & Girardi, P. (2014). The associations among childhood maltreatment, “male depression” and suicide risk in psychiatric patients. *Psychiatry Research*. 220 (1-2), 15, 571-578.
- Powers, A., Cross, D., Fani, N. & Bradley, B. (2014). PTSD, emotion dysregulation, and dissociative symptoms in a highly traumatized sample. *Journal of Psychiatric Research*. 61:174-179.
- Psüühika- ja käitumishäirete klassifikatsioon RHK-10: kliinilised kirjeldused ja diagnostilised juhised (1995). Tartu: Tartu Ülikool.
- Pullmann, H. & Allik, J. (2000). The Rosenberg Self-Esteem Scale: its dimensionality, stability and personality correlates in Estonian. *Personality and Individual Differences*. 28(4), 701-715.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Schumacher, S., Martin-Soelch, C., Rufer, M., Pazhenkottil, A. P., Wirtz, G., Fuhrhans, Ch., Hindermann, E. & Mueller-Pfeiffer, Ch. (2012). Psychometric characteristics of the German adaptation of the Traumatic Experiences Checklist (TEC). *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 4(3), 338-346.
- Schäfer, I., Langeland, W., Hissbach, J., Luedecke, C., Ohlmeier, M. D., Chodzinski, C., Kemper, U., Keiper, P., Wedekind, D., Havemann-Reinecke, U., Teunissen, S., Weirich, S., Driessen, M. & TRAUMAB-Study group. (2010). Childhood trauma and dissociation in patients with alcohol dependence, drug dependence, or both – A multi-center study. *Drug and Alcohol Dependence*. 109, 84-89.
- Seng, J. S., D’Andrea, W. & Ford, J. D. (2014). Complex mental health sequelae of psychological trauma among women in prenatal care. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 6(1), 41-49.
- Shahar, G., Noyman, G., Schnidel-Allon, I. & Gilboa-Schechtman, E. (2013). Do PTSD symptoms and trauma-related cognitions about the self constitute a vicious cycle? Evidence for both cognitive vulnerability and scarring models. *Psychiatry Research*. 30, 205 (1-2), 79-84.
- Shapero, B. G., Black, S. K., Liu, R. T., Klugman, J., Bender, R. E., Abramson, L. Y. & Alloy, L. B. Stressful Life Events and Depression Symptoms: The Effect of Childhood Emotional Abuse on Stress Reactivity. (2014). *Journal of Clinical Psychology*. 70, 3, 209-223
- Smith, A. L., Cross, D., Winkler, J., Jovanovic, T. & Bradley, B. (2014). Emotional dysregulation and

- negative affect mediate the relationship between maternal history of child maltreatment and maternal child abuse potential. *Journal of Family Violence*. 29(5), 483-494.
- Stein, J. A., Leslie, M. B. & Nyamathi A. (2002). Relative contributions of parent substance use and childhood maltreatment to chronic homelessness, depression, and substance abuse problems among homeless women: mediating roles of self-esteem and abuse in adulthood. *Child Abuse & Neglect*. 26 (10), 1011-27.
- Stevens, N. R., Gerhart, J., Goldsmith, R. E., Heath, N. M., Chesney, S. A. & Hobfoll, S. E. (2013). Emotion Regulation Difficulties, Low Social Support, and Interpersonal Violence Mediate the Link Between Childhood Abuse and Posttraumatic Stress Symptoms. *Behavior Therapy*. 44, 1, 152-161.
- Tervise Arengu Instituut (16.01.2015). <http://pxweb.tai.ee/esf/pxweb2008/Database/Haigestumus/05Psyyhika-%20ja%20kaitumishaired/05Psyyhika-20ja%20kaitumishaired.asp>
- Thompson, K. L., Hannan, S. & Miron, L. R. (2014). Fight, flight, and freeze: Threat sensitivity and emotion dysregulation in survivors of chronic childhood maltreatment. *Personality and Individual Differences*. 69, 28–32.
- Tucci, A. M., Kerr-Correa, F. & Souza-Formigoni, M. L. O. (2010). Childhood trauma in substance use disorder and depression: An analysis by gender among a Brazilian clinical sample. *Child Abuse & Neglect*. 34, 95-104.
- Tummala-Narra, P., Kallivayalil, D., Singer, R. & Rhiannon, A. (2012). Relational experiences of complex trauma survivors in treatment: Preliminary findings from a naturalistic study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 4(6), 640-648.
- Ullman, S. E., Peter-Hagene, L. C. & Relyea, M. (2014). Coping, emotion regulation, and self-blame as mediators of sexual abuse and psychological symptoms in adult sexual assault. *Journal Of Child Sexual Abuse*. 23 (1), 74-93.
- Vachtel, I. (2011). Emotsioonide regulatsiooni raskuste skaala konstrueerimine: magistritöö. Tartu: Tartu Ülikool.
- Walter, K. H., Horsey, K. J., Palmieri, P. A. & Hobfoll, S. E. (2010). The role of protective self-cognitions in the relationship between childhood trauma and later resource loss. *Journal Of Traumatic Stress*. 23 (2), 264-273.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993). *The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility*. Paper presented at the 9th Annual Conference of the ISTSS, San Antonio.
- Weinberg, M., Besser, A., Zeigler-Hill, V. & Neria, Y. (2014). Dispositional Optimism and Self-Esteem As Competing Predictors of Acute Symptoms of Generalized Anxiety Disorders and Dissociative Experiences Among Civilians Exposed to War Trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 18.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Anneli Veeret

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Komplekstraumale viitavad sümptomid lapseas traumeerivaid kogemusi läbi elanud täiskasvanutel“, mille juhendaja on Kaia Kastepõld-Tõrs,
 - 1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
 - 1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, 25.05.2015